

ником преодоления своих трудностей. В тренинг входят уборка постели (дается задание на рассчитанное время), одевание, приготовление пищи (три уровня сложности в зависимости от двигательной активности больного).

Результаты лечения оценивали по силе различных мышечных групп, динамике уменьшения контрактур, выявляемой с помощью угломерии, сдвигам в координаторной сфере исходя из показателей стабелографа собственной конструкции, динамике биологической активности мышц, определяемой с помощью прибора «Миотоник-2» и по данным электромиографии.

В группе больных с диплегической формой ДЦП (73) сила мышц конечностей увеличивалась в среднем на 3—4 кг (10—15%) по сравнению с исходными данными (в контрольной группе — в среднем лишь на 6%), объем движений в коленных суставах, по данным угломерии, — в среднем на 14—20°, в голеностопных суставах — на 12—20° (в контрольной группе — на 8°), окружность рук и ног — в среднем на 3 см (в контрольной группе — на 1,5 см).

В основную группу больных со спастико-ригидной формой ДЦП вошли 60 лиц. Увеличение мышечной силы конечностей составило у них в среднем 4,5 кг (в контрольной группе — лишь 2 кг), окружности мягких тканей — 3,3—5 см (в контрольной группе — лишь 1,5—2 см), объем движений в плечевых суставах — на 10—12°, в локтевых — на 12—15°, лучезапястных — на 5—6°, объем движений в суставах ног, по показателям угломерии, — в среднем от 15 до 18% ($P < 0,001$) (в контрольной группе — 4—9%).

В основной группе лечебный эффект у 8 больных был расценен как заметное улучшение. 3 пациента перешли из 3-й группы двигательной активности во 2-ю, а 5 больных — из 2-й в 1-ю, то есть могли после лечения ходить самостоятельно.

У больных с гиперкинетической формой ДЦП (7) эффект от проводимой терапии выражался в увеличении силы в конечностях в среднем на 3 кг и окружности мягких тканей на 2—3 см. Объем активных движений в крупных суставах рук и ног возрос в среднем на 6—12%.

Мы считаем, что увеличение двигательной активности, улучшение походки и координации движений частично и уменьшение гиперкинезов стали возможными благодаря проведению индивидуальной программы физической реабилитации, в особенности кинезиотерапии, биологической обратной связи, лечению на подвесных устройствах (лечение положением), применению принципов и элементов кондуктивной педагогики.

В контрольной группе с гиперкинетической формой ДЦП эффективность лечения была ниже. Сила мышц увеличилась в среднем на 0,5 кг, окружность мягких тканей конечностей — на 1—1,5 см, объем движения в крупных суставах рук и ног — всего на 2—4%.

Следовательно, при гиперкинетической форме ДЦП в поздней резидуальной стадии весьма сложно восстановить двигательные функции.

Поступила 01.04.94.

УДК 616.89—085.86

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ И ТРУДОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

А. М. Карпов

Кафедра клинической фармакологии (зав. — проф. И. Е. Зимакова) Казанского института усовершенствования врачей

Реферат. Представлены результаты изучения психофармакотерапии психических больных в процессе их трудовой реабилитации. Установки производственного и медицинского персонала (соответственно на выполнение плана и обеспечение режима и надзора) являются социальными препятствиями потенциальной трудоспособности даже при самой адекватной фармакотерапии. [Подбор комплекса психотропных средств и вида трудовой деятельности должны осуществляться в соответствии с клиническими и социальными характеристиками больных.]

ПСИХИКА АВИРУЛАРНЫ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ
НАМ ЭШ БЕЛЭН РЕАБИЛИТАЦИЯЛӘУНЕЦ МЕТОДИК
ПРОБЛЕМАЛАРЫ

А. М. Карпов

Психика авируларны эш белән реабилитацияләү процессында психофармакотерапияне өйрәнү нәтижеләре китерелгән. Психотроп препаратлар һәм эшчән төрөн сайлау авируларның клиник һәм социаль характеристикалары белән бәйлә булырга тиеш.

METHODIC PROBLEMS OF
PSYCHOPHARMACOTHERAPY AND LABOUR
REHABILITATION OF PSYCHIC PATIENTS

А. М. Карпов

Summary. The results of a study of psychopharmacotherapy of psychic patients in the process of their labour rehabilitation are presented. The aims of production and medical staff (at respectively, fulfilment of a plan, routine and supervision) are the social handicaps to poten-

tial ability to work even with the most adequate pharmacotherapy. The choice of the complex of psychotropic agents and labour activity type is to be performed in accordance with clinical and social characteristics of patients.

В настоящее время в связи с обострением социально-экономической обстановки в стране увеличивается распространенность психических расстройств. По данным В. С. Ястребова [5], в 1989 г. около 20% населения страны нуждалось в том или ином виде психиатрической помощи.

В литературе практически отсутствуют сведения о психофармакотерапии работающих психически больных, поэтому целью настоящего исследования являлась разработка методологии изучения психофармакотерапии в процессе трудовой реабилитации указанного контингента. Это требовало прежде всего создания соответствующей концепции, алгоритма и методов исследования. Методическая же сложность заключалась в необходимости параллельного исследования как минимум трех переменных сопряженных характеристик больных — психического состояния, трудовой деятельности и медикаментозного влияния.

В качестве рабочей модели использованы лечебно-производственные мастерские (ЛПМ) при психиатрической больнице, в которых больные

работают в условиях, близких к производственным, и параллельно принимают психотропные препараты. Поставленная комплексная проблема была разделена на 4 блока простых задач с минимальным количеством переменных характеристик. Первый блок задач включал выяснение влияния психопатологии на трудоспособность больных (ТСБ). Второй — заключался в изучении действия психофармакотерапии на ТСБ. Третий — определял роль труда в изменении психического состояния и эффектов психотерапии. Четвертый — был посвящен выявлению значимости социальных факторов, сопряженных с трудом, на психический статус и ТСБ.

Для единовременной регистрации комплекса изучаемых показателей и удобства их математического анализа на ЭВМ к каждому фрагменту исследований создавали специальные стандартизированные карты. В них вносили 60 — 90 признаков, характеризующих клиническое состояние, фармакотерапию и трудовую деятельность. Там, где было возможно, предусматривали количественные оценки по трехбалльной шкале.

Объективизацию оценок достигали путем использования элементов двух широко применяемых методов — экспертных заключений и двойного слепого метода. Клиническое состояние больных квалифицировали лечащие врачи стационара, которые нейтрально относились к фармакотерапии и не имели информации о трудовой деятельности своих пациентов в ЛПМ. ТСБ оценивали в цехах ЛПМ мастера, дававшие задания, контролировавшие выполнение, качество и количество готовой продукции. Мастера были индифферентны относительно вопросов психиатрии и фармакотерапии. Учитывали наблюдения медсестер за поведением и состоянием больных. Таким образом, каждый результат квалифицирован на основании независимых оценок 4 экспертов — врача-куратора, мастера, медсестры, исследователя.

Исследования проводили в течение 4 лет в ЛПМ на 450 посадочных мест при Республиканской психиатрической больнице МЗ РТ. Контингент работающих был очень разнообразным, что давало возможность создавать однородные группы по интересующим признакам. Установлено, что «морбогенными» причинами снижения ТСБ стационарного контингента пациентов являлись симптомы апатии, абулии, отсутствия побуждений к труду, аутизм и другие, преимущественно дефицитарные расстройства. При продуктивных (бредовых, галлюцинаторных, депрессивных и др.) проявлениях, при средней степени их выраженности, больные могли достаточно эффективно работать в условиях ЛПМ. Легкие расстройства личности — аутизм, гипер- и гипостеничность, epileptoидность, расторможенность, а также неглубокие мыслительные, аффективные и интеллектуальные нарушения не оказывали существенного влияния на ТСБ [1].

При оценке фармакогенных влияний на ТСБ установлено, что при параллельном, но не согласованном проведении фармако- и трудотерапии у 45% работающих пациентов трудоспособность была снижена побочными действиями психотропных средств, прежде всего сонливостью, двигательной скованностью, неусидчивостью и тремором. Возможен синергизм морбогенных апатико-абулических расстройств с фармакогенной

сонливостью и скованностью. В этих случаях больные совершенно нетрудоспособны. Деадаптирующее влияние побочных действий психотропных препаратов в большей степени проявлялось в тех случаях, когда они нарушали психические и двигательные функции людей — внимание, координацию, мышечную силу, являющиеся непосредственными компонентами трудовой активности. Чем сложнее был труд, тем существеннее сказывалась роль побочных эффектов препаратов.

Факторы труда — подвижность, физические усилия, громкие звуки (стук молотков в столярном цехе) — уменьшали медикаментозную сонливость и вялость, но усиливали тремор и выраженность слуховых галлюцинаций у больных. Тишина, медленный темп, однообразие и простота выполняемой работы (в картонном цехе) усугубляли морбо- и фармакогенную вялость, сонливость и апатию [2].

Адекватная фармакотерапия уменьшала выраженность симптомов, снижающих ТСБ (апатию, абулию, аутизм, депрессию), и способствовала повышению мотивации к труду, волевой устойчивости, скорости выполнения трудовых операций, увеличению выработки готовой продукции. Действие психотропных препаратов на компоненты трудоспособности, как и на компоненты психического статуса, негармонично. Общей тенденцией была однонаправленность изменений в психическом статусе и трудоспособности. Не установлено прямой зависимости и параллелизма между редукцией психопатологической симптоматики и улучшением ТСБ. У 8—15% больных наблюдалась противоположная направленность динамики показателей регресса психопатологической симптоматики и социального восстановления. Аналогичные данные приводятся и в литературе [4]. Уменьшение апатии, гипобулии, заторможенности и нарушений мышления сопровождалось у больных актуализацией собственных интересов. Они начинали проситься домой, проявлять влечение к противоположному полу, высказывать недовольство своим положением, критиковать порядки, отвлекаться и прекращать работу, в которой они не были заинтересованы.

Интересы больных, работавших в ЛПМ, не совпадали с интересами инициаторов и организаторов их труда. Для пациентов посещение ЛПМ было связано с возможностями не только удовлетворения потребностей в полезном труде, но и смены обстановки, которая предполагала развлечения, двигательную активность, физические нагрузки, пребывание на свежем воздухе, общение с новыми людьми, в том числе другого пола, отвлечения от тягостных переживаний, ускорение выписки, зарабатывание денег [3]. Таким образом, кроме желания работать у больных имелось много других побуждений, однако установки производственного и медицинского персонала (соответственно на выполнение плана и обеспечение режима и надзора) являлись социальным препятствием потенциальной ТСБ даже при самой адекватной фармакотерапии.

В системе трудовой реабилитации психически больных психофармакотерапия является актуальной научной проблемой, имеющей несколько сопряженных аспектов, — психиатриче-

ский, фармакологический, гигиенический, физиологический, социальный и др. Концепция и метод изучения названной проблемы пока не предложены. Их необходимо разрабатывать. Одним из вариантов концепции может быть «поаспектное» расчленение сложной проблемы на элементарные задачи с последующей интеграцией полученных результатов в принципы и методы обоснованного подбора комплекса психотропных средств и вида трудовой деятельности в соответствии с клиническими и социальными характеристиками больных. Это позволит в большей степени реализовать лечебный и реабилитационный потенциал фармако- и трудотерапии психически больных.

УДК 616.895.8—009.2—053.2—08

КОРРЕКЦИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ НЕКОТОРЫХ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ

А. В. Горюнова

Научный центр психического здоровья (директор — акад. РАМН М. Е. Вартанян) РАМН, г. Москва

Поступила 21.03.94.

Реферат. На детях, больных шизофренией, изучены двигательные нарушения и определена их связь с психическими расстройствами в младенчестве. Обследованы 112 детей раннего возраста: у 80 из них была отмечена односторонняя отягощенность, у 32 — двусторонняя. Выделены особенности постурально-моторного развития и разнообразные двигательные расстройства, которые сопоставимы с психическим эндогенным заболеванием в младенчестве или шизотипическим диатезом как проявлением шизофренического развития и могут диагностироваться в первый год жизни. Ранняя коррекция нарушений моторного развития, направленная на нормализацию и стимуляцию моторики с акцентом на тренировку нормальных поз и движений, способствует созреванию не только двигательных, но и психических функций, стимулирует развитие высших интегративных центров, оказывающих тормозящее влияние на активность стволовых механизмов.

КЕЧЕ ЯШЬТӨГЕ БАЛАЛАРДА ОЧРЫЙ ТОРГАН
КАЙБЕР ПСИХИК АВЫРУЛАР ВАКЫТЫНДА
ХЭРЭКЭТЛЭНУ БОЗЫЛУНЫ ТӨЗЭТҮ

А. В. Горюнова

Шизофрения белән авыручы 112 балада хәрәкәтләнү бозылу очраklары өйрәнелгән һәм аларның кеше яшәтгә психик тайпылышлары белән бәйләнеше билгеләнгән.

Хәрәкәтләнү бозылуын дәрәс позалар һәм хәрәкәтләр аша үз вакытында коррекцияләү (төзәтү) физик һәм психик функцияларның иртә өлгерүенә этәреш ясыи һәм катлаулы интеграль үзәк механизмнарның активлыгын тоткарлаучы үзәкләрнең үсешенә стимул бирә.

CORRECTION OF MOTOR DISORDERS IN SOME
PSYCHIC DISEASES IN THE EARLY AGE

A. V. Goryunova

Summary. In children with schizophrenia the motor disorders are studied and their connection with psychic disfunctions in infancy is defined. As many as 112 children of the early age are examined: one-sided burdening is revealed in 80 of these, doublesided burdening — in 32 of these. The peculiarities of postural motor development and various motor disfunctions are noted, which can be correlated with psychic endogenic disease in infancy or schizotypal diathesis as a manifestation of schizophrenic development and can be diagnosed in the first year of life. The early correction of motor development disorders directed to the normalization and stimulation of motility with an accent on the training of normal poses and motions, provides the maturation of not only motor but also psychic functions, stimulates the development of high integrative centers having an inhibiting effect on the truncal mechanisms activity.

1. Карпов А. М., Макаричков Н. С., Бурчагина Н. А. // Казанский мед. ж. — 1990. — № 4. — С. 291 — 293.
2. Карпов А. А., Бурчагина Н. А., Зимакова И. Е. и др. XV конференция по клинической фармакологии с международным участием «Актуальные вопросы клинической фармакологии». — Тез. докл. — Волгоград, 1990. — С. 58.
3. Карпов А. М., Бурчагина Н. А., Макаренко С. Л., Макаричков Н. С. // Журн. невропатол. и психиатр. — 1991. — № 11. — С. 42 — 44.
4. Клинические и организационные основы реабилитации психически больных / Под ред. М. М. Кабанова и Ч. Вайзе. — М., 1980.
5. Ястребов В. С. // Журн. невропатол. и психиатр. — 1991. — № 11. — С. 3 — 6.

Топическая диагностика двигательных нарушений при психических заболеваниях весьма сложна, тем более в процессе формирования моторики, поскольку эти расстройства связаны с нарушением функциональных связей внутри двигательного анализатора и носят транзиторный характер. Систематика моторных нарушений при психических заболеваниях у детей до 3 лет не проводилась прежде всего в силу трудности диагностики самих психических заболеваний. В то же время, по наблюдениям ряда исследователей [1 — 5], двигательные расстройства обнаруживаются у 65% — 89% детей и взрослых, больных шизофренией.

На примере детей раннего возраста, страдающих шизофренией, потомстве больных, у которых наблюдается накопление психопатологических расстройств, предпринята попытка изучения двигательных нарушений в младенчестве. Исходя из основной сущности шизофрении — расщепления психических процессов и интегративных характеристик двигательного анализатора — в основу исследования была положена гипотеза о принципиальной возможности выявления в раннем онтогенезе генетически детерминированных проявлений специфически искаженного формирования локомоторики и психических функций у носителей шизофренических генов в потомстве больных и их коррекции.

Цель настоящего исследования — описание вариантов формирования моторного развития и двигательных нарушений у детей от родителей, больных шизофренией, выбор лечебно-реабилитационной коррекции при этих расстройствах.

Обследованы 112 детей раннего возраста: у 50 из них была больна мать, у 30 — отец, у 32 — оба родителя. 46 детей были под наблюдением с первых месяцев жизни. К моменту обследования был болен 41 ребенок. За основу развития головного мозга ребенка первого года жизни взяты степень выраженности врожденных двигательных автоматизмов, сроки редукции безусловных рефлексов и формирование реакций: рефлексов позы, установочных, выпрямляю-